

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1929-1930

N° 50

LA COLPECTOMIE

EN DEHORS DES TUMEURS MALIGNES DU VAGIN

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 19 Décembre 1929

PAR

Jean-Joseph-Paul LA BALME

Elève du Service de Santé de la Marine

Né le 15 mai 1905, à Toulon (Var).

Examineurs de la Thèse	{	MM GUYOT, professeur	Président.
		DUVERGEY, professeur	Juges.
		PAPIN, agrégé	
		JEANNENEY, agrégé	

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1929



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1929-1930

N° 50

LA COLPECTOMIE

EN DEHORS DES TUMEURS MALIGNES DU VAGIN

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 19 Décembre 1929

PAR

Jean-Joseph-Paul LA BALME

Elève du Service de Santé de la Marine

Né le 15 mai 1905, à Toulon (Var).

Examineurs de la Thèse

{	MM GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
	DUVERGEY, professeur	{ <i>Juges.</i>
	PAPIN, agrégé	
	JEANNENEY, agrégé	

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH
RIVIÈRE, BARTHÈ, LE DANTEC.

PROFESSEURS

MM.			MM.
Clinique médicale	VERGER.	Clinique chirurgicale in-	
Clinique chirurgicale.....	CASSAET.	fanfille et orthopédie....	ROCHER
Pathologie et thérapeuti-	CHAVANNAZ.	Clinique gynécologique....	GUYOT.
que générales.....	BEGOUIN.	Clinique médicale des ma-	
Clinique d'accouchements.	CARLES.	ladies des enfants.....	CRUCHET
Anatomie pathologique et	ANDERODIAS.	Chimie biologique et mé-	DENIGÈS.
microscopie clinique....	SABRAZES.	dicale.....	
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et phar-	SIGALAS.
Anatomie générale et his-	G. DUBREUIL.	maceutique.....	
tologie.....	PACHON.	Médecine coloniale et cli-	BONNIN
Physiologie.....	AUCHE.	que des maladies exoti-	
Hygiène.....	LANDE	ques.....	PETGES.
Médecine légale et déon-	RÉCHOU	Clinique des maladies cuta-	DUVERGEY
tologie.....	CHELLE,	nées et syphilitiques....	
Electroradiologie et clin.	BEILLE.	Clin. des mal. des voies urinaires..	ABADIE
d'électricité médicale..	DUPOUY.	Clinique des maladies ner-	PORTMANN.
Chimie.....	MANDOUL.	veuses et mentales.....	
Botanique et matière mé-	MAURIAC.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie..	LABAT.
dicale.....	TEULIÈRES.	Toxicologie et hygiène ap-	
Pharmacie.....		pliquée.....	SELLIER.
Zoologie et parasitologie..		Hydrologie thérapeutique	
Médecine expérimentale..		et climatologie.....	
Clinique ophtalmologique.			

MM. DELAUNAY (Physiologie). — MICHELEAU, LEURET,
DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			MM.
Anatomie	DUBECQ.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Histologie.....	LACOSTE.		PAPIN
Anatomie pathologique....	MURATET.	Chirurgie générale.....	JEANNENEY
Parasitologie et Sciences)	R. SIGALAS.		CHARRIER.
naturelles		Obstétrique.....	LOUBAT.
	CREYX		PERY.
Médecine générale.....	AUBERTIN.		N.
	DAMADE	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX
	PIECHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.
	N...	Dermatologie et syphilogra-	
		phie.....	JOULIA.



COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.			MM.
Clinique dentaire	CAVALIE	Puériculture	N.
Médecine opératoire	PAPIN	Démonstrations et préparat. pharmac.	N.
Accouchements.....	PÉRY.	Pharmacie chimique	GOLSE
Ophtalmologie.....	CABANNES	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes .			MM. N.
Cours complémentaires annexe — Prothèse et rééducation professionnelle			GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MERE ET A MON PERE

Témoignage de ma filiale affection et de mon infinie reconnaissance pour tout ce qu'ils ont fait pour moi.

A MA GRAND-MERE

En reconnaissance de toutes ses bontés pour moi.

A MES SCEURS

Expression de ma fraternelle affection.

A MA TANTE ET A MON ONCLE

MONSIEUR LE DOCTEUR TRABAUD

Hommage affectueux.

A MES PROFESSEURS
DE L'ECOLE ANNEXE DE MEDECINE
DE TOULON

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MES JUGES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BRUGERE

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE
DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER D'ACADÉMIE

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF MIRGUET

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE
DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES
CHEVALIER DE LA LÉGIION D'HONNEUR
OFFICIER D'ACADEMIE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ
DE CHIRURGIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

ET DE L'ORDRE DE SAINTE-ANNE DE RUSSIE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Vous qui avez été l'inspirateur
de cet ouvrage, daignez agréer
l'expression de ma reconnais-
sance et de mes remerciements
pour les conseils judicieux et
éclairés que vous avez bien
voulu me prodiguer.*

INTRODUCTION

Nous allons étudier dans un travail d'ensemble les principales indications de la colpectomie, les diverses méthodes qui ont été employées dans ce but et les résultats immédiats et éloignés auxquels elles ont abouti.

Nous commencerons par donner une définition de la colpectomie, nous étudierons ensuite avec observations à l'appui son emploi dans les prolapsus génitaux et dans les tumeurs bénignes du vagin. Nous laisserons de côté tout ce qui a trait aux tumeurs malignes de l'appareil génital de la femme qui ne rentrent pas dans le cadre du programme que nous nous sommes imposés.

Définition. — La colpectomie est l'ablation partielle ou totale de la muqueuse vaginale.

De cette définition découle le plan même de notre ouvrage. Nous étudierons successivement la colpectomie partielle et la colpectomie totale qui ont été employées avec plus ou moins de succès dans le traitement des prolapsus génitaux. Nous terminerons notre travail par une étude rapide de la colpectomie employée comme moyen de traitement des tumeurs bénignes du vagin.

Avant d'aborder cette étude nous allons résumer en quelques mots les notions élémentaires sur les prolapsus. Pichevin et Bonnet ont dit du prolapsus que c'était « une rupture de la statique pelvienne déterminant le déplacement de haut en bas de l'appareil utéro-vaginal et déterminant des troubles variés locaux et éloignés »,

Quels sont les facteurs qui déterminent ce déplacement. L'utérus s'abaisse dans certaines circonstances, lorsque, par exemple, son appareil de soutènement est défectueux; une faiblesse très marquée de la musculature périnéale peut être une cause de prolapsus, c'est ce qui explique les prolapsus des jeunes filles et des vierges.

2. Un relachement de son appareil de suspension;

3. Une modification de son volume et de sa forme.

Selon le degré de ce déplacement, on distingue les prolapsus du

1^{er} degré : qui n'est qu'un léger abaissement de l'utérus avec cystocèle ou rectocèle;

2^e degré : le col vient affleurer à la vulve;

3^e degré : ou l'on constate une procidence complète de l'utérus entièrement recouvert par la muqueuse vaginale éversée et pendant entre les cuisses.

A chacun de ses degrés, correspond une opération en général simple, facile et suffisante. Au prolapsus du 1^{er} et du 2^e degré une opération plastique portant sur les parois vaginales les muscles releveurs et le périnée peut suffire, au prolapsus du 3^e degré l'opération de Le Fort qui conserve une vie possible à l'utérus et qui, par conséquent, peut être appliquée à des femmes jeunes ayant encore une vie sexuelle active, et l'opération de Muller qui s'adresse plus particulièrement aux grands prolapsus survenant chez des femmes âgées, peuvent être appliquées avec succès.

Des opérations diverses ont été tentées portant sur l'utérus lui-même.

Opération d'Alquié-Alexander qui consiste dans le raccourcissement des ligaments ronds.

Hystéropexie abdominale.

Hystérectomie vaginale ou abdominale. Mais aucune de ces opérations n'est suffisante, car elle ne s'attaque qu'à une des raisons du prolapsus et laisse la paroi vaginale et le plancher périnéal dans l'état antérieur. Nous trouvons, relatées dans la thèse de Délivet, des observations portant sur des

malades ayant été opérées d'hystérectomie vaginale pour prolapsus et présentant par la suite une inversion vaginale totale.

Les opérations périnéo-vaginales portant sur l'appareil de soutènement sont plus efficaces et peuvent, dans une grande majorité de cas suffire à guérir des prolapsus peu prononcés. C'est ce que nous allons maintenant étudier dans notre prochain chapitre.

CHAPITRE PREMIER

COLPECTOMIE PARTIELLE

« Rendre au plancher pelvi-périnéal son intégrité anatomique et sa tonicité normale de façon à restaurer le soutien de l'appareil vagino-utérin; retenir et consolider le vagin de façon à supprimer les parois lâches et exubérantes qui glissent et se déroulent et à rétablir l'intégrité anatomique de la cavité vaginale; restituer à l'utérus ses dimensions, son attitude et sa position normales, telles sont les trois indications essentielles fondées sur les conditions causales et sur les lésions établies que doit viser une opération pour prolapsus », a dit Bouilly.

Pour cela que faut-il faire ? Réséquer cette muqueuse devenue procidente, consolider une musculature devenue insuffisante, refaire un plancher périnéal disparu.

L'opération d'Hégar consiste à enlever un lambeau de muqueuse et à suturer les bords de la plaie. Mais elle n'est pas suffisante, car il faut s'attaquer aux deux parois de la cavité et y ajouter une périnéorrhaphie. La technique suivante serait donc employée avec succès.

Premier temps.— Colpectomie postérieure. On commencera par la paroi postérieure, de façon à ne pas être gêné par un écoulement de sang pouvant provenir de la paroi antérieure, si on opère celle-ci la première. On fait une incision triangulaire ou losangique de la paroi postérieure, on dissèque le lambeau ainsi circonscrit en ne détachant que la muqueuse vaginale et en prenant soin de ne pas intéresser le cul-de-sac péritonéal, et on l'enlève.

Deuxième temps. — Colpectomie antérieure. On circonscrit de même sur la paroi vaginale antérieure un lambeau de muqueuse que l'on résèque, à sommet urétral et à base cervicale.

Troisième temps. — Suture des releveurs.

Quatrième temps. — Colporaphie antérieure et postérieure. On termine par une périnéorrhaphie.

Ce qu'il faut surtout, dans ces cas-là, c'est enlever un lambeau de muqueuse antérieure et postérieure suffisamment large, et comme le dit Bouilly « avoir l'air d'en avoir trop fait pour en avoir fait assez ».

Les résultats obtenus par cette opération sont bons à condition que la musculature ait encore une résistance suffisante pour mettre les malades à l'abri d'une récurrence et qu'on ait enlevé un lambeau de muqueuse suffisant.

CHAPITRE II

Colpectomie subtotale ou opération de Le Fort

L'opération que Le Fort a fait connaître en 1877 à la Société de Chirurgie de Paris est une opération destinée à lutter contre les prolapsus au moyen d'un cloisonnement du vagin, fait d'une cloison médiane, avec de chaque côté deux conduits latéraux.

Technique. — Pour effectuer ce cloisonnement après désinfection soigneuse du vagin, la malade est placée dans le décubitus dorsal. L'utérus est alors attiré en dehors. On fait sur la paroi antérieure de la muqueuse quatre incisions limitant un lambeau de cinq à six centimètres de long sur deux centimètres de large. Ce lambeau commence à 2 ou 3 centimètres du méat urinaire, de façon que la partie inférieure de la cloison, l'opération terminée, réponde à l'entrée du vagin, de façon à éviter la reproduction de la cystocèle et de la rectocèle. Ce lambeau devra, d'autre part, être situé sur la ligne médiane afin d'obtenir deux conduits latéraux à peu près égaux.

Pour obtenir un résultat plus parfait, on peut, lorsque la malade est déjà endormie, réduire complètement l'utérus et marquer d'une petite incision l'endroit où les parois antérieure et postérieure viennent se joindre à l'entrée du vagin. Ce serait là les deux points extrêmes des deux incisions. La largeur de l'incision ne doit pas dépasser un centimètre et demi à deux centimètres, parce que si elle est moindre, elle risque de ne pas opposer une résistance suffisante, et si elle

est supérieure, le centre de l'avivement risque de ne point se réunir.

On pratique sur la paroi postérieure une incision en tout point semblable.

On résèque les 2 lambeaux de muqueuse en ayant soin de ne pas aller trop profondément, de façon à éviter les hémorragies, et à empêcher que l'inflammation du tissu cellulaire ne se propage au péritoine sous-jacent, surtout en arrière.

On suture ensuite, de façon à ce que les fils de bords droit et gauche se rencontrent à peu près au centre de la plaie. On peut commencer par exemple à passer le premier fil à l'angle droit de la plaie postérieure. On introduit l'aiguille à quelques millimètres des bords de la plaie, qui ressort à cinq ou six millimètres de ce bord sur la surface avivée. On l'introduit au point correspondant de la partie antérieure, pour la faire ressortir du côté de la muqueuse. On serre pendant qu'un aide réduit l'utérus, mais on ne coupe pas les fils de façon à éviter que l'utérus se réduise tout d'un coup. Les deux extrémités correspondantes arrivent ainsi au contact. On agit de même du côté opposé et en refoulant petit à petit l'utérus on pose de nouvelles ligatures. Les ligatures sont faites avec des fils d'argent que l'on retire au bout de quelques jours.

Indication. — Pour que cette opération se termine avec succès, il faut que le prolapsus auquel elle s'adresse soit un prolapsus complet et facilement réductible, de façon que toute l'opération puisse se faire au grand jour.

Résultat. — Les avantages de cette méthode sont : la possibilité de s'adresser à des femmes encore jeunes dont la vie sexuelle n'est pas encore finie. Nous relatons plus loin une observation de M. le professeur Le Fort, dans laquelle la malade a pu avoir des rapports sexuels et même mener à bien une grossesse et un accouchement normal.

Les inconvénients proviennent de ce que si la cloison n'est pas assez résistante on peut avoir une récurrence de cystocèle ou rectocèle, et si elle n'est pas exactement médiane, le

prolapsus peut se reproduire totalement, l'utérus glissant dans un des conduits latéral trop large.

Les résultats immédiats de l'opération sont bons. Peu de complications locales peuvent survenir.

Les résultats éloignés donnent une grosse majorité de guérisons, quelques récidives. Aucune opération ne s'est terminée par la mort du fait même de l'opération.

Nous relevons dans la thèse de Sabadini que sur 30 opérations on constate 30 succès immédiats satisfaisant. Quant aux résultats éloignés, sur 6 malades revues par Combier et Murrand :

3 avaient été opérées 2 ans auparavant;

1 avait été opérée 5 ans auparavant.

2 avaient été opérées 10 ans auparavant.

Les résultats obtenus étaient très satisfaisants.

Dans une observation de Sabadini où la malade avait été revue deux ans après l'opération, le résultat était excellent.

Nous terminerons en rappelant l'opinion de Jean-Louis Faure : « Lorsque le vagin a été cloisonné, la cloison ainsi formée forme sous l'utérus une sangle qui ne peut laisser passer l'utérus qu'à condition de se rompre ». Aucune observation de cas où cela se serait produit n'est rapportée dans la littérature médicale.

CHAPITRE III

Colpectomie totale ou Opération de Muller

L'opération de Muller ou colpectomie totale est une opération destinée à lutter contre les grands prolapsus complets des vieilles femmes. Elle a pour but d'effectuer une résection complète ou presque de la muqueuse vaginale et de transformer par une série de sutures faites de haut en bas la partie ainsi cruentée en une colonne cicatricielle destinée à supporter l'utérus et à obturer complètement le vagin. Cette colonne cicatricielle s'opposera désormais à toute nouvelle reproduction du prolapsus.

Technique opératoire.— Soins pré-opératoires. Avant toute intervention, on devra réaliser une asepsie aussi complète que possible de la cavité vaginale. En cas de pertes métriques, on pourra rechercher les microbes en cause, réaliser un traitement médical, auquel on pourra joindre avec succès une vaccination. Avant l'opération on procèdera à un curetage de l'utérus et à une cautérisation de la cavité utérine.

Ces précautions prises, on procèdera à l'opération proprement dite.

Premier temps.— A l'aide d'une pince de Museux placée sur le col, on attire fortement l'utérus en dehors de façon à déplisser complètement la muqueuse vaginale. Il ne reste plus alors qu'un petit sillon situé à l'union de la muqueuse vaginale et de la vulve.

A un centimètre et demi de ce sillon on trace une incision circulaire passant en avant à un centimètre du méat urinaire. On commence à tracer l'incision à la partie antérieure

de la gauche de l'opérateur vers sa droite. On relève ensuite la tumeur, et on continue ensuite sur la paroi postérieure. Cette incision ne doit intéresser que la muqueuse seule.

Deuxième temps. — Les 2 lèvres de la section se rétractent, on dépouille alors par de simples tractions, par quelques coups de bistouri ou de ciseaux, le prolapsus de la muqueuse qui le recouvre. Ce temps peut être rendu difficile par l'existence d'adhérences qui unissent la muqueuse aux tissus sous-jacents.

Troisième temps. — Toute la muqueuse est enlevée. On passera tous les fils, et on fera soit une suture en surget, soit une suture en bourse. Tous les fils passés, on serrera de la profondeur à la superficie, en réduisant au fur et à mesure l'utérus.

Quatrième temps. — On suture par une suture longitudinale l'étroite bandelette de muqueuse qui persiste à l'entrée du vagin.

On peut terminer par une périnéorrhaphie complémentaire.

Indications. — A quelles malades s'applique cette opération : L'opération de Muller s'applique aux vieilles femmes ayant 1^o passé l'âge de la ménopause, et 2^o renonçant définitivement à tout rapport sexuel. Elle peut encore être employée avec succès dans les cas d'inversion vaginale proprement dite, survenant le plus souvent après une hystérectomie vaginale faite pour prolapsus et dont quatre observations publiées dans la thèse de Delivet ont montré la guérison définitive par l'opération de Muller.

L'avantage de cette opération est que comme le dit Savariaud, c'est une opération « simple, bénigne et efficace ». La durée de l'opération peut être très courte, vingt-cinq minutes, l'anesthésie locale suffit même pour la mener à bien. Ce sont deux points intéressants, surtout quand les malades auxquelles elles s'adressent sont des vieilles femmes, plus ou moins débilitées et fatiguées. Muller permet à ces opérées de se lever au bout de 4 ou 5 jours, ce qui évite

des accidents pulmonaires qui seraient particulièrement graves chez des vieillards.

Les inconvénients proviennent de l'occlusion complète du vagin, quoique dans certains cas on ait pu avoir une cavité vaginale admettant la phalange de l'index et même un petit spéculum.

Les reproches que l'on a fait à cette opération ont surtout pour base la présence d'un utérus abandonné à lui-même, sans aucun débouché avec l'extérieur. Mais l'expérience a montré que cet utérus s'atrophie complètement et on n'a jamais relevé aucun cas de pyométrie consécutif à une opération de Muller.

Résultats. — Immédiats, excellents. Opération peu choquante pour la malade, séjour au lit réduit au minimum.

Eloignés, sont tout à fait probants. Le prolapsus est définitivement guéri, quelques rares cas de récurrence ont été signalés. Les résultats suivants ont été publiés dans la thèse d'André.

Sur 68 cas : Résultats heureux : 66. — Récurrence : 1. — Mort : 1.

Le cas de mort s'est produit chez une démente qu'on n'avait pu empêcher d'arracher son pansement et de souiller la plaie avec des matières fécales et de l'urine. Et nous ne pouvons que nous rattacher à l'opinion de Dujarier et Larget qui disent : « Au contraire, depuis que nous avons pratiqué la colpectomie, les résultats ont été excellents dans tous les cas; si bien que tandis qu'autrefois nous redoutions ces énormes prolapsus des vieilles femmes, nous les recherchons aujourd'hui à cause de la certitude que nous avons de pouvoir les guérir par une opération bénigne et facile ».

CHAPITRE IV

Colpectomie dans les tumeurs bénignes du vagin.

Les tumeurs bénignes du vagin sont de deux sortes, soit des tumeurs liquides, nous avons alors affaire à des kystes; soit des tumeurs solides qui sont en général des polypes et des fibromes, les lipomes étant d'une excessive rareté.

Les kystes du vagin ordinairement uniques, quoique l'on en ait trouvé quelquefois jusqu'à quatre et cinq sont formés d'une paroi propre à deux couches, l'externe conjonctive, l'interne épithéliale. La cavité contient le plus souvent un liquide filant et visqueux, incolore ou légèrement jaunâtre. Indolents, ils peuvent, par l'accroissement de leur volume, causer une sensation de gêne.

Les polypes du vagin sont rares. La tumeur bénigne la plus fréquente est le fibrome. Ou plutôt le fibro-myome, siégeant de préférence à la face antéro-inférieure du vagin. Le traitement de ces tumeurs bénignes est en général simple; une incision suivant le grand axe de la tumeur permet l'énucléation facile. La colpectomie partielle n'interviendra donc que dans certaines circonstances; lorsque, par exemple, le volume de la tumeur sera très développé ou lorsque des adhérences uniront la paroi propre du kyste à la muqueuse vaginale, ou qu'enfin des ulcérations siégeront sur la muqueuse recouvrant le kyste. Ces circonstances réduisent l'emploi de la colpectomie à de rares interventions, puisque dans la grande majorité des cas la colpotomie est suffisante.

Les suites opératoires d'une intervention aussi simple sont évidemment excellentes et la réunion et la guérison s'effectueront per primam.

OBSERVATIONS

Obs. I. - Colpectomie partielle pour prolapsus (*Service de M. le Professeur Guyot*).

Mme E. C., 60 ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital pour prolapsus le 5 janvier 1925. Quatre grossesses, accouchements normaux, sauf pour le deuxième où il y a eu déchirure périnéale.

Il y a trois mois la malade a remarqué que quelque chose sortait à la vulve, quelques troubles vésicaux; pollakiurie. Les signes fonctionnels ont augmenté depuis, gêne, pesanteur dans le bas-ventre. Pas de pertes.

A l'examen: Cystocèle et rectocèle ne rentrant que lorsque la malade est couchée.

Au toucher on ne sent pas l'utérus, mobilité et souplesse des culs-de-sac.

Opération 17 janvier 1925. Désinfection du vagin au goménol.

1. Colpectomie antérieure. Résection triangulaire à sommet urétral et à base cervicale. Suivie de colporaphie après hémostase.

2. Colpoprinéorraphie. Il existe un petit rectocèle. Décollement de la cloison vaginale. Découverte de l'espace décollable. Trois points séparés au catgut sur les releveurs.

3. Résection triangulaire de la paroi postérieure du vagin. Colporraphie postérieure en trois points séparés aux crins sur la peau. Mèche vaginale. Sonde de Petzer.

Suites: 18 janvier 1925. Ablation de la mèche. Pansement.

24. Un peu de sphacèle au niveau des points. Pertes à odeur fétides qui cèdent à un traitement médical.

8 février 1925. La malade sort, complètement guérie.

Obs. II. — Colpectomie partielle (*Service de M. le Professeur Guyot*).

Mme R. M., 43 ans, cultivatrice. Entre à l'hôpital pour prolapsus. Elle a eu deux accouchements normaux, un troisième qui a nécessité une application de forceps.

Dès le premier accouchement, la malade présente un léger degré de descente de matrice; douleurs dans le bas-ventre et dans les reins empêchant la malade de travailler.

Dès le deuxième accouchement la malade porte un pessaire qui doit être enlevé par suite d'accidents infectieux.

Il y a un an que la malade souffre davantage et que le prolapsus sort à la vulve.

Examen. — Au toucher vaginal l'utérus est très bas, et présente de la rétroversion, la mobilité utérine est conservée.

Traitement préopératoire. — Repos, glace, injections.

Opération 30 janvier 1925. Hystéropexie à la façon de Doléris.

2^e temps. Pratiqué immédiatement après. Désinfection du vagin au gom'nol. Incision losangique de la face antérieure du vagin.

La surface cruentée est réunie d'avant en arrière par une suture en surjet au catgut. Une incision de la fourchette vulvaire permet la dissection de la cloison recto-vaginale jusqu'à l'espace décollable. Les muscles releveurs sont réunis par trois points de catgut.

Résection triangulaire de la paroi vaginale postérieure dont la section est réunie d'arrière en avant. Suture périnéale aux crins.

Mèche vaginale. Sonde de Petzer.

Suites opératoires. — Petites hémorragies pendant deux ou trois jours. La malade sort guérie un mois plus tard.

Obs. III. — Colpectomie partielle (*Service de M. le Professeur Guyot*).

Mme Marthe R., 56 ans, ménagère, entre à l'hôpital pour prolapsus. Deux enfants. Déchirure périnéale au premier accouchement, il y a 37 ans.

Depuis un an la malade a une sensation de pesanteur dans le bas-ventre avec envies fréquentes d'uriner.

Depuis trois mois la sensation de pesanteur a augmenté, et elle a constaté l'apparition du col au niveau des grandes lèvres.

Examen. — Cystocèle et rectocèle et lorsque la malade se lève, le col vient à la vulve.

Opération le 2 janvier 1927. — Après désinfection du vagin au goménol et fixation des grandes lèvres aux branches de l'écarteur de Ricard par des crins, on obtient, après pesée sur le col, un bel étalement de la paroi vaginale antérieure. Résection et dissection d'un lambeau étendu de muqueuse. Suture.

2^e temps — Résection d'un lambeau de la muqueuse vaginale postérieure. On prend sur trois crins doubles les releveurs de l'anus, puis en masse de façon à reconstituer un plancher solide. Suture.

Suites opératoires. — Normales et guérison per primam.

Obs. IV. — Prolapsus génital et kyste du vagin (*Service de M. le Professeur Guyot*).

Mme Civa M., 38 ans, corsetière, entre à l'hôpital pour prolapsus du 3^e degré et kyste du vagin, en mars 1928. Trois accouchements normaux. Il y a sept ans la malade alors enceinte sentit, en faisant sa toilette, une grosseur, non douloureuse, sur la paroi postérieure du vagin.

La grosseur a le volume d'une mandarine. La malade ressent de la lourdeur périnéale, une sensation de poids lui tiraillant le petit bassin avec irradiations lombaires.

A l'examen. — On constate un prolapsus du 3^e degré avec cystocèle et rectocèle et l'existence d'une tumeur rouge non battante sur la paroi postérieure du vagin.

Opération le 6 avril 1928. — 1^{er} temps. — Ablation du kyste avec exérèse d'une partie de la muqueuse vaginale adhérente. On est obligé de dissocier les fibres musculaires de la tunique rectale.

2^e temps. — Colpectomie antérieure.

3^e temps. — Périnéorrhaphie. Sutures.

Suites. — La malade a présenté des pertes fétides qui cèdent à un traitement médical, et une douleur dans le mollet gauche qui disparaît au bout de quelques jours après enveloppement ouaté et immobilisation.

Guérison à peu près parfaite. Seul le point commissural supérieur a lâché. Périnée en bon état. Vulve un peu large.

Obs. V. — Service de M. le Professeur Guyot.

Mme Berthe R., 59 ans, entre à l'hôpital en mars 1928 pour prolapsus. Une grossesse normale.

Il y a six mois la malade s'aperçoit qu'elle a des pertes rouges. On lui conseille de porter un pessaire, les pertes de sang diminuent, elle enlève son pessaire, ce qui amène un retour des pertes, elle rentre à l'hôpital.

Examen. — Cystocèle complet. Elle présente en outre deux ulcérations, l'une sur la paroi antérieure du vagin, l'autre à l'union du vagin et du col, à fonds rouge vif. Traitement à l'ichtyol, les ulcérations se cicatrisent.

Opération le 24 avril 1928. — 1^{er} temps. — Excision losangique de la paroi antérieure suivi de sutures d'avant en arrière.

2^e temps. — Incision en demi-lune de la fourchette vulvaire. Dédoublément de la cloison recto-vaginale. Trois points séparés sur les releveurs. Résection vaginale en trapèze à petite base supérieure.

La malade sort guérie, le périnée est en parfait état.

Obs. VI. — Colpectomie sub totale. Procédé de Le Fort (Service de M. le Professeur Guyot).

Mme Françoise R., 67 ans, domestique, entre à l'hôpital pour prolapsus génital le 28 mai 1925. Deux grossesses normales. En novembre 1924, la malade s'aperçoit qu'elle a une tumeur qui sort à la vulve. Tumeur réductible, mais qui reparait dès que la malade se fatigue. En février 1925, la malade éprouve une sensation de gêne et la tumeur devient de moins en moins réductible, et bientôt elle est obligée d'arrêter son travail.

A l'examen. — Prolapsus du 3^e degré sans ulcérations, facilement réductible, le col est augmenté de volume.

Opération 6 juin 1925. — Rachianesthésie. Cloisonnement élargi du vagin avec ménagement de deux conduits latéraux.

Suites opératoires. — La malade a présenté une phlébite, rapidement guérie. Elle sort de l'hôpital le 27 août complètement guérie.

Obs. VII. — *Service de M. le Professeur Guyot.*

Mme Mélanie B., entre à l'hôpital le 28 octobre 1923 pour prolapsus génital. Deux grossesses terminées par des fausses-couches.

Début il y a une dizaine d'années environ. La malade a porté pendant cinq ou six ans un pessaire. Depuis un an, douleurs dans le bas-ventre, sensations de pesanteur, troubles de la miction: besoins impérieux, incontinence partielle d'urine.

Depuis trois mois la tumeur pend entre les jambes, elle ne peut plus être contenue par le port d'un bandage. Crises douloureuses, violentes avec besoins impérieux de miction et de défécation.

Examen. — Prolapsus du 3^e degré, présentant des ulcérations (deux ou trois) de la largeur d'un doigt et longues de 4 ou 5 cm. à fonds suintant et saignant. Le col est hypertrophié, avec un orifice cervical élargi.

Après un traitement médical d'une semaine la malade est opérée.

Opération. — Cloisonnement du vagin (procédé Le Fort) le 24 novembre 1927.

Suites. — La malade fait de la congestion des bases pendant quelques jours.

Le 30 décembre la malade sort complètement guérie. Le prolapsus ne ressort plus, la malade faisant même des efforts considérables.

Obs. VIII. — *Service de M. le Professeur Guyot.*

Mme Anna C., 66 ans, entre dans le service de M. le professeur Guyot pour prolapsus génital incomplet. Le prolapsus remonte à huit ou dix ans. Depuis trois ans elle portait un pessaire en caoutchouc qu'elle a remplacé il y a cinq mois par un pessaire en bois qui a fini par s'inclure complètement dans les tissus. C'est en essayant de retirer celui-ci il y a trois mois que l'utérus a fait saillie au dehors et n'a plus pu être réduit depuis.

Examen. — Prolapsus presque complet, le doigt peut encore pénétrer dans les culs-de-sac qui sont au niveau des grandes lèvres. Utérus rouge et mou, recouvert d'une muqueuse épaissie, cornée par endroits, se détachant par lambeaux et présentant une ulcération sanguinolente.

Après un traitement médical, pendant lequel on arrive à réduire le prolapsus la malade est opérée.

Opération 10 mai 1928. — Avivement antérieur rectangulaire, avivement postérieur n'atteignant pas la fourchette vulvaire. On n'aperçoit pas le cul-de-sac péritonéal. Opération de Le Fort, typique, en gardant deux couloirs latéraux dans chacun desquels on place un petit drain à la fin de l'opération. On termine par une périnéorrhaphie, deux points sur les releveurs.

Suites opératoires normales. — Le 3 juin, la malade part en excellent état. Périnée résistant, parfaitement cicatrisé.

Obs. IX. — Prolapsus utérin complet. Cloisonnement du vagin
(*M. le Professeur Chavannaz. Thèse de Dugoua*).

Mme B., 65 ans, n'a jamais été malade, sauf une variole et un érysipèle. Réglée à 11 ans et ménopause à 40 ans.

Cette femme a eu deux grossesses pour lesquelles elle est restée huit jours au lit. C'est environ une quarantaine de jours après son dernier accouchement que la femme a constaté qu'une petite grosseur faisait saillie en dehors de la vulve. Cette saillie a augmenté peu à peu et quatre ans plus tard, l'utérus tout entier pendait entre les cuisses de la malade.

Dans ces derniers temps, les linges dont la malade recouvre son utérus sont constamment souillés de sang, de plus les mictions sont très fréquentes dans la station debout. La malade est obligée d'uriner toutes les dix minutes. Dans le décubitus dorsal, ces envies diminuent. Pas de troubles de la défécation.

A l'examen. — Utérus ayant entraîné les parois vaginales, l'utérus est réductible mais reprend sa position vicieuse. Le col est un peu volumineux, ulcéré par places et entre ses lèvres font saillie trois ou quatre petites tumeurs polypeuses.

Opération 18 juin 1896. — Nous pratiquons le curettage de l'utérus et l'ablation des petits polypes du col, puis nous faisons le cloisonnement du vagin, la réunion se fait par première intention. Le 10 mars la malade quitte l'hôpital.

B. a été revue quatorze mois après son opération. Elle est en parfait état, ne souffre pas, pas de pertes. La miction est parfaitement normale.

Obs. X. — Prolapsus complet de l'utérus. Cloisonnement du vagin. Grossesse et accouchements ultérieurs (*Professeur Le Fort. Thèse d'André*).

La nommée V., 23 ans, entre le 20 novembre 1883 à l'Hôtel-Dieu. A cette époque la malade avait eu quatre grossesses, la dernière en 1880. Le début de son prolapsus date du troisième mois de sa dernière grossesse. Il a augmenté progressivement depuis.

M. Le Fort a opéré la malade le 27 juin 1883. Jusqu'à cette époque la malade n'avait suivi aucun traitement.

Elle a quitté l'hôpital le 30 juillet. Les surfaces avivées ne s'étant pas accolées, elle se trouve dans le même état qu'auparavant.

5 décembre 1883. — M. Le Fort pratique pour la deuxième fois l'opération. Sutures faites avec des fils ordinaires à ligatures. Guérison.

Juin 1884. — La malade est revue. La cloison tient bien mais établies trop près de l'utérus les parois vaginales antérieures et postérieures présentent un certain degré de prolapsus.

Février 1889. — Le résultat est resté excellent. La femme ne souffre nullement. L'opération n'a jamais gêné les rapports et la malade a accouché en avril 1885 d'un enfant à terme. On a dû sectionner la bride vaginale.

Actuellement la malade est enceinte de trois mois, et l'utérus reste à 6 cm. au-dessus de la vulve. Un peu de rectocèle et de cystocèle. Pas de prolapsus.

Obs. XI. — Prolapsus utérin, rectocèle et cystocèle vaginale. Cloisonnement du vagin (*Thèse d'André*).

T. Adèle, 55 ans, entre le 30 novembre 1883 dans le service du Professeur Le Fort.

Atteinte de prolapsus depuis neuf mois, a porté un pessaire. Actuellement, quand on entr'ouvre les grandes lèvres, on constate une saillie assez appréciable de la grosseur d'un œuf augmentant pendant les efforts.

Opération 8 décembre. — On fait au bistouri un avivement de quelques centimètres à la paroi antérieure et postérieure. On réunit les parties avivées par des sutures et le dernier point appliqué

l'utérus se trouve remonter derrière le cloisonnement ainsi opéré et la tumeur est effacée.

La malade sort guérie.

Revue en février 1889, l'utérus est resté bien maintenu. Les douleurs qu'éprouvait la malade ont disparu. La miction est facile et indolore.

Obs. XII. — Colpectomie totale pour prolapsus (*Service de M. le Professeur Guyot*).

Mme Maria-Marguerite M., 68 ans, ménagère, entre à l'hôpital pour prolapsus du 3^e degré. Deux accouchements normaux. Menstruation à 48 ans.

A l'âge de 55 ans elle a présenté des douleurs du côté droit d'intensité variable et à localisation imprécise. Un an après, les douleurs s'accroissent et elle remarque que son utérus prolabe. Pose d'un pessaire à tige. Depuis trois ans le prolapsus s'est accru et est devenu du 3^e degré. Douleurs lombaires d'intensité moyenne. Mictions fréquentes, nocturnes et diurnes.

Examen. — Prolapsus du 3^e degré avec cystocèle et rectocèle. Ulcération siégeant au niveau de la face antérieure et inférieure du col. Tumeurs d'aspect polypoïde sortant par l'orifice du col.

Opération. — Colpectomie totale.

1^{er} temps. — Désinfection au goménol.

2^e temps. — Dissection de deux quadrans supérieurs avec deux incisions circulaires l'une à la périphérie, l'autre à 1 cm. de l'orifice cervical qui est cautérisé au thermocautère. Hémostase au fur et à mesure de la dissection.

3^e temps. — Dissection des deux quadrans postérieurs. Ouverture partielle du cul-de-sac péritonéal. Sutures hémostase.

4^e temps. — Refoulement de l'utérus. Sutures.

5^e temps. — Suture par points séparés de la muqueuse du vestibule.

Suites opératoires. — Guérison.

Obs. XIII. — *Service de M. le Professeur Guyot.*

M. P., ménagère, 65 ans, entre à l'hôpital pour prolapsus. Un seul accouchement difficile, application de forceps. La malade a eu la coqueluche à 45 ans, elle a toussé pendant six mois. Son prolapsus remonte à environ trois mois après son accouchement, il y a 30 ans environ. La malade a porté un pessaire. Malgré cela le prolapsus s'accroît de plus en plus.

A l'examen. — Prolapsus vaginal complet. Col augmenté de volume, hypertrophié, ulcéré au niveau de l'orifice externe.

Opération. — Désinfection du vagin au géménol. Ablation d'un petit polype muqueux et cautérisation au thermo. Incision à la base de la tumeur et autour du col. Celle-ci est divisée en quadrans par des incisions antéro-postérieures réunissant les deux incisions circulaires. Colpectomie facile en avant; plus difficile en arrière, où il existe un cul-de-sac vaginal de trois centimètres de profondeur. Après hémostase l'utérus est refoulé dans la cavité abdominale.

2^e temps. — Périnéorrhaphie avec suture des releveurs.

Suites opératoires normales. — La malade sort guérie un mois après son opération.

Obs. XIV. — Colpectomie totale pour prolapsus (Vera Krukowa).

Malade âgée de 76 ans, entrée le 21 mai 1900 dans le service de M. le Professeur Jentzer à Genève.

Antécédents personnels. — Elle a eu quatre enfants. Depuis la naissance de son dernier enfant, il y a trente-deux ans, elle a un prolapsus utérin. Elle porte un pessaire qui la blesse et c'est pour cela qu'elle vient à la consultation.

Examen actuel. — Prolapsus utérin accompagné de cystocèle et de rectocèle. Le col est hypertrophié.

Au spéculum on trouve quelques petites ulcérations peu étendues dans le cul-de-sac postérieur et surtout dans le cul-de-sac latéral gauche.

L'opération est pratiquée le 7 juin.

1. On fait le curettage.

2. Extirpation du vagin, par le procédé de Muller.

9 juin. — Le tampon est inutile, la plaie est très bien.

20 juin. — On enlève les fils, la malade va très bien.

7 juillet. — La malade sort guérie.

En avril 1902, la malade fut revue et examinée par M. le Professeur Jentzer. Pas de récurrence. A la place du vagin on constate par le toucher rectal une colonne cicatricielle sur laquelle repose l'utérus situé normalement.

Obs. XV. — Colpectomie totale pour prolapsus. (Savariaud, in *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* de 1906.

Mme Brissot, 55 ans, n'ayant jamais eu d'enfants, entre à Lariboisière dans le service de M. le Dr Reynier pour se faire opérer d'un prolapsus très gênant.

Prolapsus du 3^e degré avec ulcération du museau de tanche.

22 janvier 1906. Opération de Muller. Au niveau du museau de tanche, incision de quelques millimètres. Guérison.

Revue le 16 juillet 1906. La malade va bien. Douleur sourde du côté gauche.

A l'examen, vulve béante à ravers laquelle tombe la paroi vaginale. Le vagin a sa longueur normale et admet un speculum ordinaire.

CONCLUSIONS

I. La colpectomie en dehors des tumeurs malignes de vagin a deux indications :

- a) Les prolapsus.
- b) Les tumeurs bénignes.

II. Dans les prolapsus. La colpectomie doit être large et porter sur les 2 parois du vagin et on doit y ajouter une périnéorrhaphie qui, malgré tout, est le temps essentiel de l'opération des prolapsus (myorrhaphie des releveurs).

III. Dans les tumeurs bénignes. La colpectomie n'est pas souvent nécessaire, on peut se contenter d'une colpotionomie. Elle n'est indiquée qu'en cas de tumeur volumineuse ou adhérente. Elle sera exécutée à l'aide d'une incision losangique permettant d'atteindre le plan de clivage : laissant adhérente à la tumeur la paroi vaginale non décollable.

IV. La colpectomie est une opération en général simple, facile et suffisante.

V. De façon à obtenir d'excellents résultats opératoires, il faut au préalable :

- a) obtenir une aseptie la plus complète possible du col et du vagin (attouchements à l'essence de goménol);
- b) traiter les métrites, soit au préalable, soit au moment de l'opération par un curettage et une cautérisation de la cavité utérine;

c) faire la recherche des streptocoques dans les sécrétions. et en cas d'examen positif on pourrait retarder l'opération et effectuer une vaccination préalable (auto-vaccin de préférence).

8

Vu :
Le Doyen,
C. SIGALAS.

Vu, Bon à imprimer :
Le Président de thèse,
J. GUYOT

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 3 Décembre 1929,
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS

BIBLIOGRAPHIE

- André Maurice.** — Du traitement du prolapsus utérin par l'opération de Le Fort. Thèse de Paris, 1888-89.
- Biehly.** — La colpectomie comme opération contre le prolapsus. Thèse de Berne, 1902 (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale* de 1904).
- Bouilly.** — Traitement des prolapsus génitaux. Congrès français de Chirurgie de 1896 (*Annales de Gynécologie* de 1896).
- Bouilly et Lœwy.** — Procédé opératoire pour la cure des grands prolapsus génitaux (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale* de 1902).
- Bradier.** — Kystes du vagin (*Annales de Gynécologie* de 1896).
- Chaubet.** — Contribution à l'étude des fibro-myomes vaginaux. Thèse de Lyon, 1922.
- Cotte.** — De la colpectomie totale associée à l'hystérectomie dans le traitement des prolapsus des femmes âgées (*Lyon Chirurgical*. Séance du 8 février 1923.)
- Delivet.** — De la colpectomie totale. Thèse de Paris, 1919-20.
- Desmarets** — Résultats de dix colpectomies totales pour grands prolapsus génitaux (*Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, mai 1920).
- Dujarièr et Larget.** — Technique opératoire de la colpectomie totale dans le prolapsus complet des femmes âgées (*Journal de Chirurgie*, 1925).
- Dugoua.** — Contribution à l'étude de la valeur du cloisonnement vaginal (Procédé de Le Fort dans le traitement des prolapsus génitaux. Thèse de Bordeaux, 1906-1907.
- Ferrières.** — Des opérations contre le prolapsus utérin (*Revue médicale de la Suisse romande*, 1881).

- Forgues et Massabiau.** — Traité de Chirurgie publié par A. Le Dentu et Pierre Delbet.
- Gaston.** — L'opération de Muller dans les grands prolapsus utérins. Thèse de Paris, 1910.
- Hartman et Du Bouchet.** — *Annales de Gynécologie*, 1906, tome I. L'hystérectomie vaginale dans le traitement de la chute de l'utérus.
- Koenig.** — La colpectomie pour prolapsus utérin d'après le procédé de Muller (*Revue de Gynécologie* de 1904).
- Le Gal.** — Etude sur le traitement des prolapsus utérins. Thèse de Paris, 1894.
- Pozzi.** — De l'hystérectomie comme traitement du prolapsus total (*Annales de Gynécologie* de 1894-95).
- Richelot.** — Sur le traitement des prolapsus génitaux (*Annales de Gynécologie* de 1896).
- Robert.** — Contribution à l'étude des kystes du vagin. Thèse de Paris, 1899-1900.
- Sabadini.** — Traitement opératoire du prolapsus génital de femmes âgées par le cloisonnement du vagin. Procédé de Le Fort. Thèse de Paris, 1923.
- Vaton.** — Thèse de Bordeaux, 1889-90. Etude comparative des différents traitements du prolapsus utérin.
- Vera Krukowa.** — L'opération de Muller dans les prolapsus. Thèse de Genève, 1903.
- Vignard.** — Une opération bénigne et efficace contre le prolapsus total des vieilles femmes. Colpectomie par le procédé de Muller (*Gazette médicale* de Nantes, juin 1908).
- Villebrun.** — Des kystes de la paroi antérieure du vagin. Thèse de Montpellier 1899-90.
-

IMPRIMERIE J. BIÈRE

18-20-22, RUE DU PEUGUE

B O R D E A U X

1929
